2

DE
L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

COMMUNICATION FAITE AU CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE

Séance du 5 Mai 1891

PAR

M. le Docteur F. BOÉ
(de Paris.)

CLERMONT (OISE)
IMPRIMERIE DAIX FRÈRES
3, PLACE SAINT-ANDRÉ, 3

1891

DE

L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

COMMUNICATION FAITE AU CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE

Séance du 5 Mai 1891

PAR

M. le Docteur F. BOÉ

(de Paris.)

CLERMONT (OISE)

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES

3, PLACE SAINT-ANDRÉ, 3

—

1891

DE

L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

Conmmunication faite au Congrès d'ophtalmologie

Séance du 5 Mai 1891

PAR

M. le Docteur F. BOÉ

Au cours des quelques recherches que j'ai poursuivies sur la suppuration du globe de l'œil j'ai été amené à m'occuper, incidemment il est vrai, de l'étude si difficile de l'ophtalmie sympathique. On sait, je l'ai dit au Congrès de Berlin, qu'après quelques tentatives pour arriver à provoquer la Panophtalmie je m'aperçus bien vite qu'il était beaucoup moins difficile de l'obtenir en infectant le corps vitré que la chambre antérieure. J'injectai donc dans cet organe et chez un certain nombre de lapins divers liquides propres à déterminer la suppuration. Je ne reviens pas sur les résultats de ces expériences que j'ai signalés ailleurs, mais me rappelant que je me trouvais alors précisément dans les conditions où s'étaient placés d'autres expérimentateurs pour déterminer une ophtalmie sympathique, je portais souvent mon attention sur l'œil sain comme sur l'œil infecté. J'ai eu deux fois l'occasion de poursuivre cet examen plus de six semaines, je n'ai jamais eu lieu d'observer rien d'anormal dans le 2e œil ; il ne m'a même pas été donné de noter l'hypérémie du disque signalée par plusieurs auteurs qui surviendrait au 3e jour et qui, en tous les cas, ne serait que passagère et parfaitement explicable. 2 fois enfin après avoir provoqué une Panophtalmie dans un œil de lapin avec une goutte de sang corrompu et l'avoir énucléé au 2e jour, j'abattis au 8e jour l'animal qui était bien portant ; je fendis le crâne ; je disséquai avec soin les deux nerfs restés en connexion et le 2e œil et je les plaçai dans l'alcool. J'ai depuis fait des coupes de ces nerfs. Même du côté de la Panophtalmie je n'ai rien pu découvrir ni dans les gaînes, ni dans le nerf lui-même ; j'ai encore les préparations qui démontrent le fait. Quant au bout attenant à l'œil énucléé, je ne puis dire s'il présentait quelques traces de phlegmasie ; il a échappé à l'examen ; il ne devait certainement pas avoir plus de quelques millimètres de longueur ; j'avais eu soin

naturellement de pratiquer la section le plus près possible de la sclérotique.

Je regrette que cet examen anatomique n'ait porté que sur deux cas, il serait bon de l'étendre à un grand nombre de faits expérimentaux et en variant la nature du principe infectieux. D'après ce que j'ai vu, un phlegmon de l'œil ne retentit guère à distance sur le nerf optique. Si l'on cherche, en introduisant une matière septique dans un œil, à déterminer des altérations inflammatoires dans le nerf optique qui lui fait suite, il faut en tous les cas éviter qu'il ne suppure, le processus pathologique doit évoluer lentement.

Quelle que soit l'idée qu'on puisse se faire de l'ophtalmie sympathique, comme elle survient dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous à la suite d'un traumatisme, la première idée qui se présente à l'esprit, surtout depuis qu'un jour nouveau s'est fait sur les maladies infectieuses, est qu'elle est le résultat de l'infection. On se représente celle-ci se transmettant à l'autre œil par les nerfs optiques et le chiasma. La théorie de la transmission par cette voie, celle qui fut la première en honneur, celle qu'adopta Mackensie, un instant abandonnée, a repris faveur dans ces derniers temps ; elle prime les théories ciliaire et vasculaire. Nous remarquerons que c'est celle qui échappe le moins au contrôle anatomique et grâce à lui on pourra l'accepter ou la rejeter définitivement.

Il m'a semblé, Messieurs, qu'on s'était trop hâté dans notre pays d'accepter comme démontrée l'ophtalmie sympathique migratrice ; avant de fonder de nouveaux traitements fondés sur cette théorie nouvelle, il fallait s'assurer que la base scientifique qu'on allait leur donner était bien solide ; sans cela on courait le danger de proposer des interventions opératoires inutiles et dangereuses pour le malade. Je voudrais d'abord dire quelques mots de la théorie elle-même.

Mon savant ami, Monsieur le Professeur Deutschmann, qui a tant contribué au progrès de l'Ophtalmologie, acceptant la division déjà ancienne de l'ophtalmie sympathique en inflammation et en irritation sympathique, admet que la première est de nature microbienne ; les coques iraient d'un œil à l'autre en suivant les gaînes des nerfs optiques et le chiasma ; il s'appuie dans sa démonstration sur deux ordres de faits, les uns tirés de la pathologie expérimentale, les autres de l'examen bactériologique d'yeux énucléés ou de morceaux d'iris excisés au 2e œil.

Examinons d'abord les premiers : M. Deutschmann, après avoir vainement injecté dans un œil des liquides putréfiés sans produire aucun trouble à l'autre œil, injecta dans le corps vitré de ses lapins des cultures pures de staphylocoques. Un premier fait nous frappe, tous les animaux sont morts infectés au bout d'un temps variable ; l'auteur déclare même qu'il n'a pu avoir d'iritis typique, de cyclite, parce que la mort est survenue avant qu'il ait

pu observer de tels phénomènes ; or la clinique nous apprend que l'ophtalmie sympathique est une affection essentiellement locale ; les cas sont très rares dans la science où on a pu lui attribuer des troubles de la santé générale.

Si l'animal meurt infecté il n'y a pas lieu de s'étonner qu'on trouve des coques dans les gaînes des nerfs optiques, que la papapille du deuxième œil soit altérée ; les coques sont dans le sang qui les transporte partout; ils ont pénétré, cela ne fait pas de doute pour moi, dans le torrent circulatoire surtout par les vœnæ verticosæ ; j'ai obtenu des panophtalmies infectieuses qui avaient amené la mort avec du sang d'un animal mort lui-même infecté en 36 heures et même en 24 heures ; j'ai noté particulièrement dans ces cas des embolies, des capillaires du lobule hépatique à la surface de l'organe ; avec le pus d'une plaie ayant donné lieu à l'infection purulente, j'ai obtenu des abcès métastatiques au foie gros comme des grains de millet ; j'ai eu encore à noter dans une autre expérience une pleurésie purulente ; je n'ai jamais observé de méningite, mais cela peut-il empêcher d'admettre que les coques ne se trouvent dans l'espace sous-arachnoïdien et ne s'engagent dans les gaines des nerfs optiques entraînés par le courant lymphatique qui va, comme on sait, du cerveau vers les yeux et que nous ont particulièrement fait connaître les recherches de Quincke et celles de M. Deutschmann lui-même ?

Dans son importante monographie (Ueber Ophtalmia migratoria), l'auteur nous fait voir dans une planche explicative des coques dans les gaînes des deux nerfs optiques ; or, le lapin en expérience était mort trois jours après l'injection dans le corps vitré d'un liquide tenant en suspension du staphylococcus aureus ; M. Deutschmann aura d'autant plus de peine à faire accepter cette expérience comme démonstrative pour l'ophtalmie migratrice qu'il faut en règle générale, et il le dit lui-même plus loin dans le même mémoire, 6 semaines pour que l'affection chez l'homme se transmette d'un œil à l'autre ; il accorde qu'exceptionnellement cette transmission puisse se faire en dix jours ; citant les deux cas de M. Mooren dans lesquels une iritis sympathique était survenue quatre jours après une opération de cataracte secondaire par dilacération, M. Deutschmann conteste la nature sympathique de ces iritis. Un facteur est intervenu dans de telles expériences autre qu'une simple transmission de proche en proche par les gaînes des nerfs optiques, et ce facteur c'est l'infection générale.

En second lieu, pourquoi prendre comme point de départ de l'expérimentation le corps vitré ? Sans doute, c'est là un terrain excellent, j'ai pu constater le fait pour provoquer des panophtalmies. Qui ne sait que les extractions de cataracte avec issue du corps vitré donnent plus souvent lieu que les autres à la suppuration ? Mais cette base d'opération ne peut servir pour éclairer les faits qui se rapportent à l'ophtalmie symphatique ; il importe de tenir plus rigoureusement compte des conditions dans lesquelles

*

l'observateur la voit se produire sous ses yeux. Sans doute la clinique est trop souvent impuissante à résoudre les problèmes qu'elle soulève ; chaque jour dans nos réunions, même sur des questions de pratique journalière, nous voyons des hommes d'une haute expérience émettre des avis opposés ; on ne peut s'entendre sur la conduite à tenir et après comme avant la discussion la question reste à l'étude, mais la clinique du moins pose les termes du problème à résoudre et le laboratoire doit rester son serviteur fidèle. Or il est un fait d'observation qui domine, on peut le dire, toute l'histoire de l'ophtalmie sympathique ; c'est que dans l'immense majorité des cas elle survient à la suite d'une plaie pénétrante de la région ciliaire avec ou sans introduction de corps étranger ; les plaies du limbe cornéen sont particulièrement dangereuses ; c'est la crainte de voir se produire cette redoutable affection qui a fait rejeter l'irido-désis ; l'extraction linéaire a paru particulièrement la favoriser à cause des enclavements irien et capsulaire survenant plus fréquemment qu'à la suite de l'extraction par la méthode à lambeau ; on a moins insisté sur ce fait qu'elle était trop périphérique, intéressant trop la zone dangereuse.

L'importance de ces données cliniques n'a certainement pas échappé aux expérimentateurs et M. Deutschmann dit avoir provoqué lui-même bien des fois et inutilement des blessures du corps ciliaire, des enclavements iriens ; il dit avoir introduit des corps étrangers dans la plaie sans voir se produire à la suite l'ophtalmie sympathique. Mais on n'admettra certainement pas qu'on puisse changer les termes du problème à résoudre, nous devons les accepter tels que nous les donne à résoudre la clinique. Est-ce que d'ailleurs nous voyons tous les traumatismes de la région ciliaire suivies nécessairement, fatalement de cette complication ? Tous les hommes d'expérience, au contraire, admettent qu'elle est relativement peu fréquente, je reviendrai tout à l'heure sur ce fait ; il y a là un point d'analogie de plus entre les données de la clinique et celles de l'expérimentation. Si l'ophtalmie sympathique expérimentale, s'obtenait facilement ; il y aurait lieu de douter que nous sommes en présence d'une affection semblable à celle que nous voyons survenir chez l'homme. Il ne paraît pas cependant impossible de la provoquer. M. le professeur Gayet a pu tout au moins démontrer anatomiquement la propagation d'un processus inflammatoire au nerf optique du second œil ayant eu son point de départ dans un bourgeon charnu qu'il avait introduit dans la chambre antérieure d'un œil de lapin et provenant du sac lacrymal d'une petite malade. La transmission à travers le chiasma est minutieusement décrite, seulement il est bien à regretter que l'auteur n'ait pas mis à profit le matériel si rare dont il disposait pour nous renseigner sur la vraie nature de ce processus pathologique. En tous les cas M. le professeur Gayet ne trouve aucune altération des gaines, c'est le contraire de ce qu'a observé M. Deutschmann.

M. Deutschmann apporte encore en faveur de l'ophtalmie migra-

trice des preuves tirées de l'examen bactériologique d'yeux énucléés ou de morceaux d'iris excisés au deuxième œil ; il a toujours constaté la présence de microorganismes qui avaient les propriétés du staphyloccus aureus ; M. Randolph, qui s'est livré à Baltimore à des recherches analogues sous la direction de deux de mes meilleurs camarades d'études en bactériologie, M. le professeur Welch. et M. Meade Bolton, a toujours vu ses tubes stériles.

Entre deux observateurs également consciencieux arrivant à des résultats aussi opposés, il est impossible sans des recherches personnelles de prendre parti ; je dirai seulement que rien n'est plus facile en bactériologie que de commettre une erreur de technique ; rien n'est plus difficile que de porter un diagnostic. Il est assurément très intéressant, très instructif de poursuivre l'étude des variations de virulence d'un microbe donné ; l'avenir de la thérapeutique dépend du succès de ces recherches ; mais on accordera bien que la tâche de trouver au milieu d'un complexus pathologique le germe nocif principal, de l'isoler et de le reconnaître est au moins aussi ardu et malheureusement c'est celle qui incombe au clinicien ; un contrôle technique seul pourra légitimer les résultats annoncés et il ne pourra efficacement s'exercer que si l'on est en mesure de fournir toutes les explications désirées, si l'on a tout vu de ses propres yeux et préparé de ses propres mains.

Pour terminer cette critique, j'ajouterai que dans le cas de Becker où l'on a pu avoir une préparation anatomique complète le chiasma et la partie intra-crânienne des deux nerfs optiques ne présentaient aucune trace d'altération. Enfin, tous les expérimentateurs qui ont voulu retrouver cette transmission microbienne de proche en proche d'un œil à l'autre par les gaînes des nerfs optiques n'y ont pu parvenir. Je citerai les noms de MM. Mazza, Gifford, Randolph, Limburg et Levy.

Je demanderai maintenant à M. de Wecker quelles sont les raisons scientifiques qui l'ont déterminé à donner en France l'hospitalité à la résection du nerf optique. Pourquoi les expériences de M. Deutschmann lui paraissent-elles si indiscutables ? Pourquoi n'a-t-il pas même mentionné les expériences contradictoires des autres auteurs ? La vérité est que pas plus aujourd'hui qu'il y a vingt-cinq ans nous ne sommes fixés sur la vraie nature de l'ophtalmie sympathique. Nous ne pouvons pas, nous ne devons pas prêter à nos interventions opératoires un caractère scientifique quand elles ne peuvent l'avoir. Je sais bien que les observations d'ophtalmie sympathique survenant malgré la résection ne sauraient témoigner contre son efficacité si l'opération n'a pas été faite le jour même de l'accident. Personne sans doute ne s'avisera de tenter un tel essai qui fera aussi bien perdre la vision pour voir si jamais des accidents n'éclateront sur l'autre œil sans avoir une raison scientifique à invoquer. Or je note que M. Ohlemann, un élève de M. Schweigger qui fait beaucoup de résections, a examiné au point

de vue bactériologique vingt-cinq morceaux réséqués ; il n'a jamais trouvé de microbes ; ce fait doit avoir singulièrement frappé l'auteur, puisqu'il déclare qu'à son avis l'ophtalmie sympathique doit se transmettre par les nerfs ciliaires. L'opération fournirait-elle elle-même le matériel propre à démontrer son inutilité ?

M. Abadie conseille de cautériser la plaie avec un fin galvanocautère en la fouillant dans tous les coins et recoins, puis il injecte dans l'œil sympathisant une ou deux gouttes d'une solution de sublimé à 1/1000. Je ferai d'abord observer que ces cautérisations vont retarder la cicatrisation, la rendre plus irrégulière. Or M. Alt a reconnu que 62 fois sur 100 le globe oculaire présente au niveau de la plaie des cicatrices dures et rigides qui étranglent une portion du tractus unéal et ne doivent pas être sans influence sur le développement des accidents à distance. En second lieu l'ophtalmie sympathique est-elle bien de nature microbienne et quel est donc son microbe ? Il faut avoir des raisons sérieuses pour être autorisé à perforer la coque du segment postérieur de l'œil. Ainsi que chacun pourra s'en convaincre, en expérimentant sur l'animal on voit le corps vitré faire saillie au dehors de la pigure ; l'antisepsie du sac conjonctival est impossible, le fait est, je crois, aujourd'hui accepté de tous ; un jour ou l'autre une telle tentative pourrait être suivie de panophtalmie et même d'une panophtalmie infectieuse entraînant la mort du malade, c'est un jeu dangereux. Enfin le bichlorure de mercure introduit dans l'œil ne peut agir, ainsi que le pense notre honoré confrère, comme antiseptique ; il précipite les substances albuminoïdes du corps vitré ainsi que j'ai signalé le fait dans mon mémoire sur la composition chimique de cet organe, il se forme un albuminate de mercure.

Evidemment l'œil est irrité et je ne contesterai certainement pas qu'à ce titre il n'y ait un retentissement sur l'autre œil caractérisé par une amélioration plus ou moins transitoire particulièrement de ce que nous sommes convenus d'appeler l'irritation sympathique. Depuis longtemps Wardrop a attiré l'attention sur des faits de cette nature. Ne voit-on pas même l'iritis plastique à la suite de l'énucléation de l'œil sympathisant subir un temps d'arrêt, rétrocéder même pour reprendre un peu plus tard sa marche fatale. C'est toujours le même lien mystérieux qui relie les yeux l'un à l'autre et dont la vraie nature nous échappera sans doute longtemps encore. Il faut craindre si l'œil y voit encore que cette irritation ne finisse par le rendre aveugle en provoquant un décollement rétinien. M. de Wecker, qui a fait également ces injections d'une solution de bichlorure de mercure, a vu se produire un ratatinement, un commencement de phtisie du globe oculaire ; elles ne lui paraissent pas préférables à la résection.

On a conseillé enfin cette fois, en prenant pour base la théorie ciliaire, de détacher le globe de la capsule de Tenon en coupant tous les vaisseaux qui se rendent à l'œil, les nerfs ciliaires, le nerf optique, sans séparer les muscles droits de leur insertion scléro-

ticale. Ce procédé constitue-t-il une opération nouvelle, n'est-il qu'une simple variante de la section optico-ciliaire ? C'est là un point à débattre entre M. Galezowski et M. Boucheron. Je dirai seulement que la section optico-ciliaire n'a pas donné les heureux résultats qu'on en attendait ; elle n'a pas empêché l'éclosion de l'ophtalmie sympathique et les cas sont connus où l'on a été obligé après coup de faire l'énucléation, on a même donné des raisons de l'inefficacité d'une telle opération, tirées, fait important, des données de l'anatomie pathologique.

Quel doit donc être le traitement de l'ophtalmie sympathique ? Il n'y a pas, on peut le dire, de question plus importante à résoudre dans la pratique journalière de l'ophtalmologie ; la cécité du malade est en jeu suivant la ligne de conduite qu'on se sera tracé. Et c'est principalement sur ce point, Messieurs, que je désirerais appeler les débats et recueillir des avis.

Prévenir l'ophtalmie sympathique d'abord et si elle a éclaté en conjurer ensuite le mieux possible les effets, tels sont les deux termes du problème à résoudre.

Nous savons que dans l'immense majorité des cas cette affection redoutable survient à la suite d'un traumatisme et que celui-ci est d'autant plus dangereux qu'il a porté plus particulièrement sur la région ciliaire. C'est un aphorisme infaillible, dit M. Mooren. Plus nous avons l'assurance que le corps ciliaire est intéressé, plus l'ophtalmie sympathique est à craindre. Je voudrais distinguer trois ordres de faits ; il est certain que le corps ciliaire a été atteint, il est seulement possible qu'il ait été lésé; il n'y a pas de perforation du globe de l'œil.

La certitude est donnée par l'existence d'une plaie pénétrante intéressant plus ou moins la région ciliaire.

Immédiatement on ne peut se défendre de l'idée qu'un jour ou l'autre la vue du 2e œil ne puisse être compromise comme celle de l'œil blessé. Une énucléation immédiate paraît le moyen le plus sûr de conjurer tous les accidents ultérieurs. Aucun praticien n'hésitera certainement à la faire s'il est bien démontré que l'œil est perdu, si la coque oculaire est en partie vidée. Dans le cas contraire, la scène change, le conservatisme l'emporte. L'avis de celui qui conseillera encore l'énucléation immédiate ne sera pas accueilli; on se souvient alors que tous les traumatismes de la région ciliaire ne donnent pas lieu à l'ophtalmie sympathique. Attendons, nous verrons, diront des confrères d'ailleurs fort expérimentés, et le malade, toujours porté à la temporisation, préfère suivre leurs conseils. Il faut bien l'avouer : c'est malheureusement une loterie. D'un côté, le malade a des chances nombreuses de conserver plus ou moins de vision à son œil blessé, il évite l'œil de verre ; de l'autre il court toujours le danger de devenir aveugle.

Dans la guerre de sécession on a relevé 1190 plaies ou contusion du globe ayant provoqué 91 fois une ophtalmie à distance. D'après M. Mooren, l'ophtalmie sympathique n'éclaterait que dans un sixiè-

me des cas où les conditions favorables à son développement existent. Il faut savoir encore que nous ignorons quand elle éclatera et sous quelle forme elle se présentera. Si elle éclate on ne doit pas se flatter de l'espoir qu'on aura le temps de l'arrêter. On l'a vu survenir presque soudainement et marcher avec une rapidité effrayante. M. Berlin, M. Hirschberg citent chacun un fait ou l'énucléation pratiquée vingt-quatre heures après le début des accidents sympathiques ne préserva pas le malade de la cécité. Si pareils faits se produisent on aura la douleur d'avoir plongé en temporisant, en *attendant*, toute une famille dans la désolation.

Tant que nous ne serons pas mieux éclairés sur la vraie nature de la maladie ; tant que nous ne pourrons faire la part des seuls cas cliniques où on n'a pas à la redouter, je proposerai, s'il y a eu perforation de la région ciliaire, une énucléation immédiate. Mieux vaut, disaient les vieux maîtres, faire des mutilations inutiles que d'assumer la responsabilité d'une seule cécité. On n'aura pas plus de peine d'obtenir ce sacrifice le jour même de l'accident que les jours qui suivent,alors que les accidents du début paraissent s'amender, que les milieux s'éclaircissent, que la vue revient, que la cicatrisation a marché à merveille. Un seul jour de retard fait perdre à l'opération sa portée scientifique et au malade tout le degré de sécurité qu'elle peut offrir. En intervenant promptement on prévient encore la suppuration et tous les dangers auxquels elle expose et qui modifieraient du tout au tout la ligne de conduite.

Le 2e cas qui se présente est celui où il y a encore perforation du globe oculaire, mais où l'on n'est pas certain que le corps ciliaire ait été lésé, ou l'on n'a pas à redouter les dangers d'une cicatrisation dans la zone dangereuse. Il est difficile en pareil cas de formuler une ligne de conduite uniforme. Tout est subordonné au cas clinique lui-même, et surtout à la nature du corps étranger qui a pénétré dans l'œil ; quelques-uns peuvent s'enkyster et ne pas amener des accidents sympathiques ; on connaît l'innocuité relative des grains de plomb. On doit toujours craindre les dangers d'un tiraillement sur le corps ciliaire sur lequel Iwanoff a particulièrement insisté.

Dans les cas enfin où il y a eu simplement contusion du globe de l'œil, mais pas de perforation, la règle évidemment est de ne pas intervenir. L'ophtalmie sympathique est alors peu à redouter. Nos confrères anglais, qui de tous les temps ont consacré à l'étude de cette affection un soin tout particulier, ont fait ressortir il y a quelques années à peine ce fait important.

Quelle est maintenant la conduite à tenir en présence d'une ophtalmie sympathique déclarée ?

Un premier cas se présente : c'est celui ou l'œil sympathisant perdu depuis longtemps n'est plus qu'un moignon informe, dur et douloureux au toucher ; quel que soit l'état du 2e œil, il faut l'énucléer. Ainsi que l'a dit de Graefe, peut-être en agissant ainsi, avancera-t-on le moment éloigné ou l'on sera autorisé à faire sur

celui qui reste quelque tentative opératoire avec l'espoir du succès.

Le 2e cas le plus fréquent dans la pratique est celui où le traumatisme qui a porté sur l'œil sympathisant est de date encore récente. Les classiques nous donnent une règle facile à suivre en apparence. On dit bien que si le malade accuse seulement au 2e œil de la fatigue à la lecture, de la photophobie, du larmoiement s'il n'y a aucun trouble des milieux, l'énucléation de l'autre œil fait cesser tous ces phénomènes ; si au contraire il y a iritis, cyclite du second œil, l'énucléation du premier devient inutile et même l'on est tout heureux de l'avoir conservé dans les cas rares où il sera resté finalement le moins atteint.

Je désirerais bien prendre à cet égard l'avis de ceux de nos confrères qui ont pu suivre des malades de longues années. Sommes-nous bien là vraiment en présence de deux entités morbides distinctes, l'irritation sympathique et l'inflammation sympathique qui nous permettent de suivre sans hésitation des lignes de conduite bien différentes ? Pour qui devons-nous prendre parti ? pour Donders ou pour Rossander ? Ces phénomènes de soi-disant irritation sympathique ont-ils disparu brusquement après l'énucléation pour ne plus jamais revenir, et les milieux du 2e œil sont-ils toujours restés parfaitement clairs, il ne s'est pas formé la moindre synéchie ; l'iris ne se montre pas rebelle à l'atropine. A la suite de quels accidents a-t-on vu de pareils phénomènes survenir et combien de temps après ? Quel était le siège exact de la lésion, quel était aussi l'âge du sujet ?

Des renseignement précis sur tous ces points pourraient jeter quelque jour sur certains côtés de la pathogénie de l'ophtalmie sympathique ; ils pourraient encore aussi bien, tant il est vrai qu'on aurait tort d'établir je ne sais quelle distinction subtile entre ce qui est scientifique et ce qui est pratique, ils pourraient, dis-je, nous permettre de répondre à cette question si embarrassante que nous pose le malade : Suis-je certain en me laissant enlever cet œil de sauver l'autre ?

Il est particulièrement malheureux, ainsi que je le disais précédemment, que lorsqu'on se trouve en présence d'une plaie fraîche portant sur la région ciliaire, nous ne puissions savoir quels sont les seuls cas où nous ayons à craindre l'ophtalmie sympathique. Si cette affection est encore si peu connue, cela tient, on le devine, à la difficulté que l'on éprouve de trouver le matériel d'étude nécessaire, on a bien les yeux énucléés, ils ne peuvent suffire. Nous sommes obligés de faire appel à la pathologie expérimentale, mais nous ne déterminons pas à notre gré l'ophtalmie sympathique. Ayons bien soin de tenir compte de toutes les conditions dans lesquelles en clinique nous voyons les accidents survenir et tâchons de les reproduire de notre mieux sur les animaux. Je conseillerais très volontiers pour mon compte d'introduire à travers l'iris, dans la chambre postérieure des éclats de bois, des épines, plutôt que

des éclats de pierre ou des parcelles métalliques. Il peut arriver à l'un de nous de voir quelques semaines après apparaître à l'autre œil des signes évidents d'ophtalmie sympathique. Si nos animaux domestiques sont décidément réfractaires, nous savons qu'il n'en est pas de même pour le cheval et Messieurs les vétérinaires pourront peut-être prêter aux ophtalmologistes un précieux concours. En tous les cas, lorsqu'on aura enfin à sa disposition le matériel nécessaire, qu'on le mette bien à profit en faisant appel aux puissants moyens de contrôle et d'étude dont nous disposons aujourd'hui, et l'on pourra ainsi contribuer pour une part si modeste soit-elle à l'étude d'une affection singulière, la plus obscure de l'ophtalmologie et une des plus tristes assurément qui affligent l'humanité.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.